中信保诚 人寿保险
聆听所至 信诚所在

中信保诚人寿保险有限公司

团体保险合同变更通知书

保单号码:													0	8	8
预约生效日:	24 时	须为受理日之后，空白视为受理日													

投保人:

变更事项	变更内容		填写说明
01. ☐增减被保险人	○增加被保险人 共 ..... 人， ○减少被保险人 共 ..... 人，申请原因☐离职 ☐其他		✧ **若需办理 01-04 项变更事项，请另填写《团体保险人员名册(A、B款)》;** ✧ 预约生效日非为最终确定之生效日，最终确定的生效日须由我司核保认定; ✧ 保单补发 40 元/份; ✧ 变更投保单位名称，连带印鉴也须变更；投保单位印鉴变更，请盖上新旧印鉴; ✧ 被保险人需转入的计划为新计划，请同时申请办理新增保险计划。
02. ☐被保险人信息变更	○个人信息变更 ○职业变更		
03. ☐受益人变更	请另填写《团险保险人员名册（B款）》		
04. ☐保险计划变更	○新增保险计划 ○减少保险计划 险种名称: 保额/单位: 险种名称: 保额/单位: 险种名称: 保额/单位:		
05. ☐被保险人转移计划	请在名册中说明被保险人转入的保险计划序号		
06. ☐投保单位信息变更	○投保单位名称:		
	○通讯地址: .....省/直辖市.....市.....区/县		
	○邮政编码:		
	○联系人:	○电话:	**投保人声明**
07. ☐投保单位印鉴变更	投保单位旧印鉴:	投保单位新印鉴:	◆ **本单位/人就投保团体保险事宜已向新增被保险人进行了告知，新增的被保险人同意以本单位/人作为投保人向贵公司投保团体保险。** ◆ **本单位/人已向退保的被保险人说明退保事宜并确认均已知悉。**
08. ☐补发保险单证	○补发保险单 ○补发保险卡: 分单号		
09. ☐退还保单账户余额	金额:		
10. ☐其它变更			

保险款项付款方式:

银行转账: 注 明: ◆ **授权银行账户须为投保人投保时支付保险费的账户;**	**本单位/人同意并授权中信保诚人寿保险有限公司及下列银行以银行自动转账方式将退费转至以下账户:** 账户名称: ..... 开户银行: .....银行.....分行.....支行 银行账号: .....

若此次保全需退费，请选择: ☐ 退费款项直接退至投保人 ☐ 退费款项退入保单余额账户

若此次保全需缴费，请选择: ☐ 投保人直接缴交全额保费 ☐ 保单余额账户金额缴交全额保费

为维护您的权益，盖章前，请再次核对您所填写的资料。

服务人员姓名/代码: _____/_____ 投保人签章: _____

服务人员联系电话: _____ 签章日期: 年 月 日